Dyspepsie fonctionnelle

Dr S.REBIAI

Introduction

- Définition:

- dyspepsie =mauvaise digestion
- entité nosologique faisant partie des troubles fonctionnels gastroduodénaux



Absence d'anomalie structurale anatomique ou métabolique

Introduction :

- Multiples critères de définition
- **Critères de ROME III** (2005),actuellement retenus :
  présence d'au moins un des symptômes suivants:
  - sensation de réplétion post prandiale
  - satiété précoce
  - douleurs épigastriques
  - brulures épigastriques
- Critères présents au cours des 3 derniers mois et ancienneté des symptômes plus de 06 mois
- Absence d'anomalies organiques expliquant les symptômes

introduction

- **Intérêts de la question :**

  - Fréquence :motif fréquent de consultation GE
  - Physiopathologie complexe , multifactorielle , reste encore incomplètement élucidée
  - diagnostic positif : diagnostic d'exclusion
  - thérapeutique : traitement symptomatique

    pec psychologique

Classification :

- **Syndrome de douleurs ou brulures épigastriques :**

 - intermittentes

 - localisées dans l'épigastre , au moins modérée , au minimum une fois /semaine

(non généralisées, ou dans d'autres régions thoracique ou abdominale)

- **Syndrome de détresse post prandiale:**

 - Réplétion post prandiale génante après des repas normaux plusieurs fois / semaine

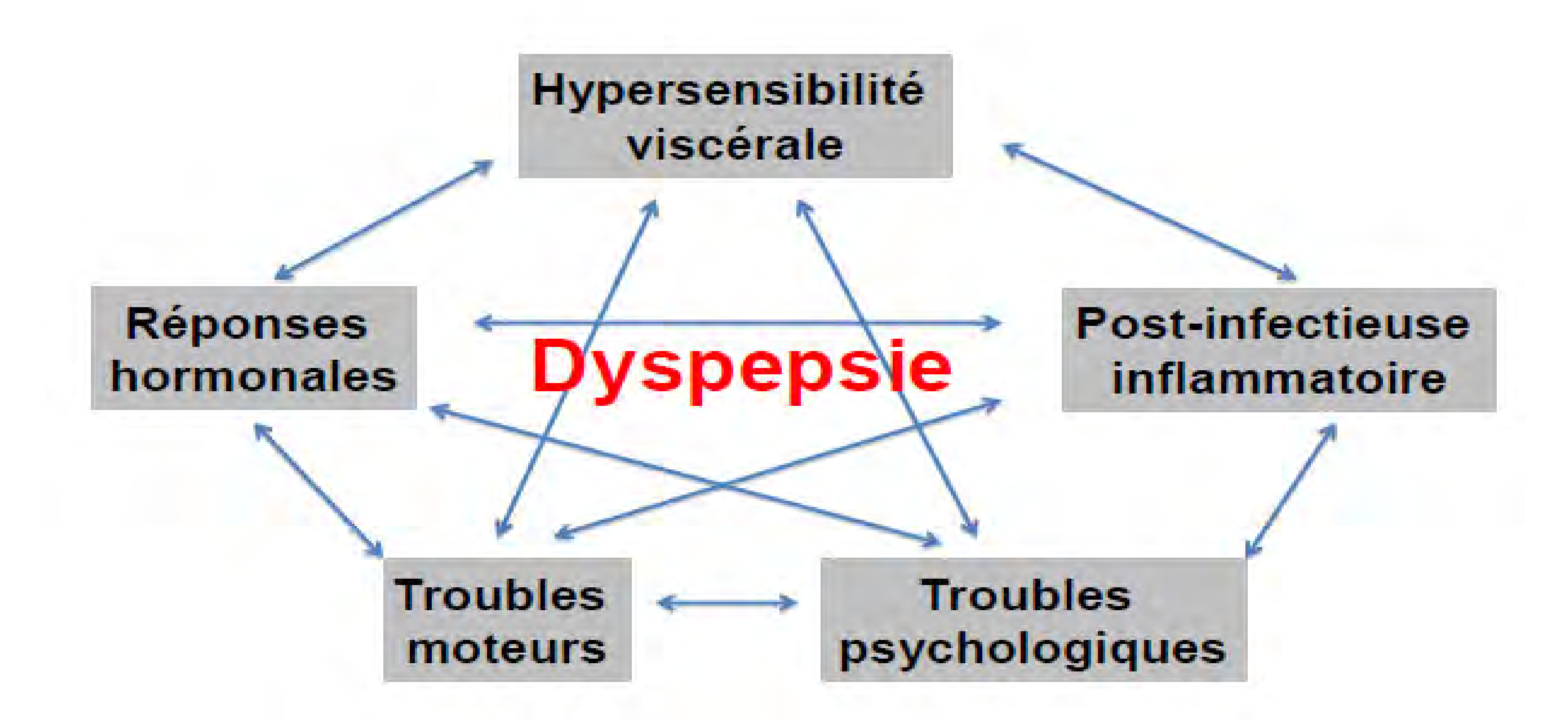
 - réplétion accélérée à l'origine d'une satiété précoce

Epidémiologie:

- Prévalence élevée : (25-30%) de la population générale;
- Age :sujet jeune ++++
- Sexe : ♂ = ♀

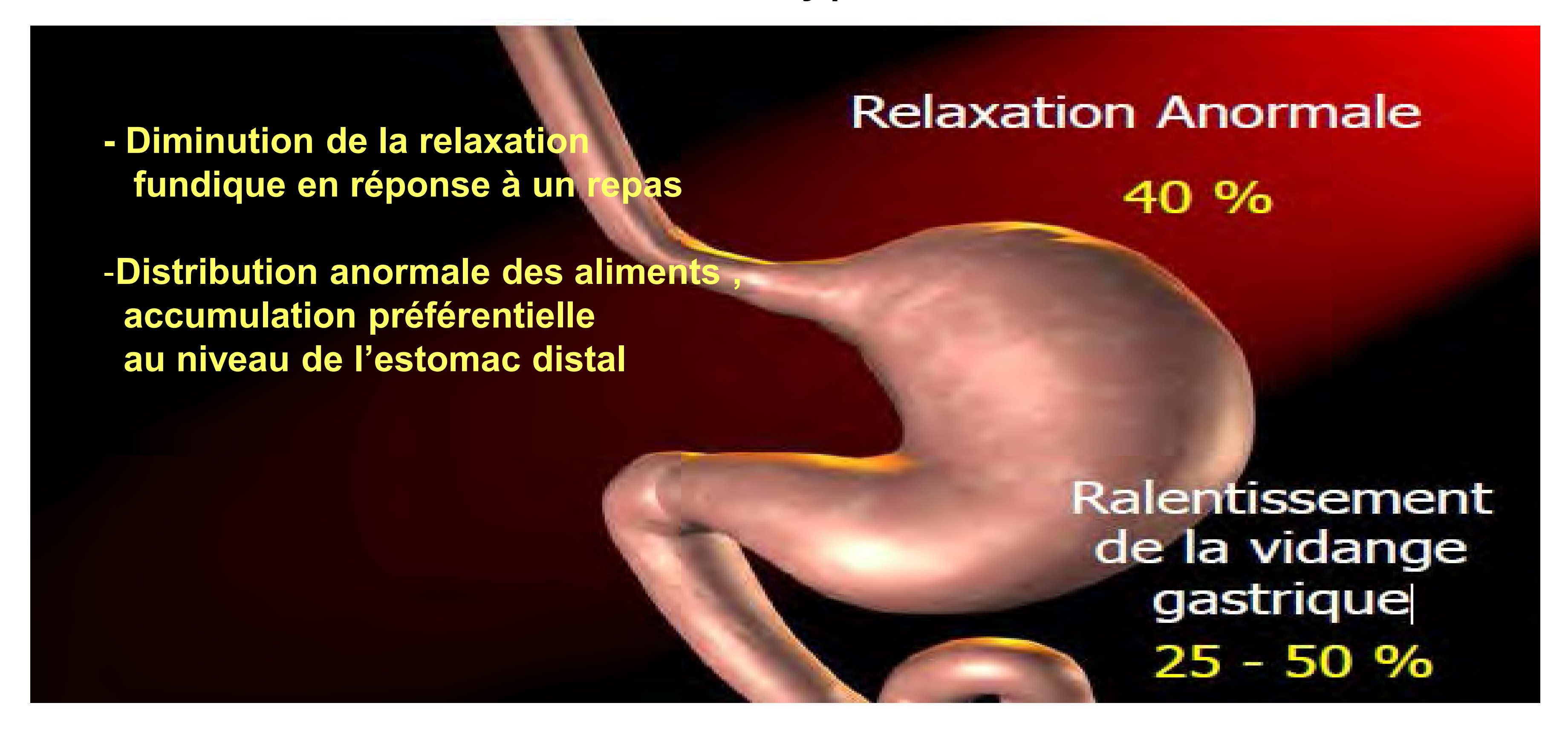
Physiopathologie:

- Multifactorielle ,complexe , incomplètement élucidée



Physiopathologie:

- **Anomalies motrices :** 1ère hypothèse



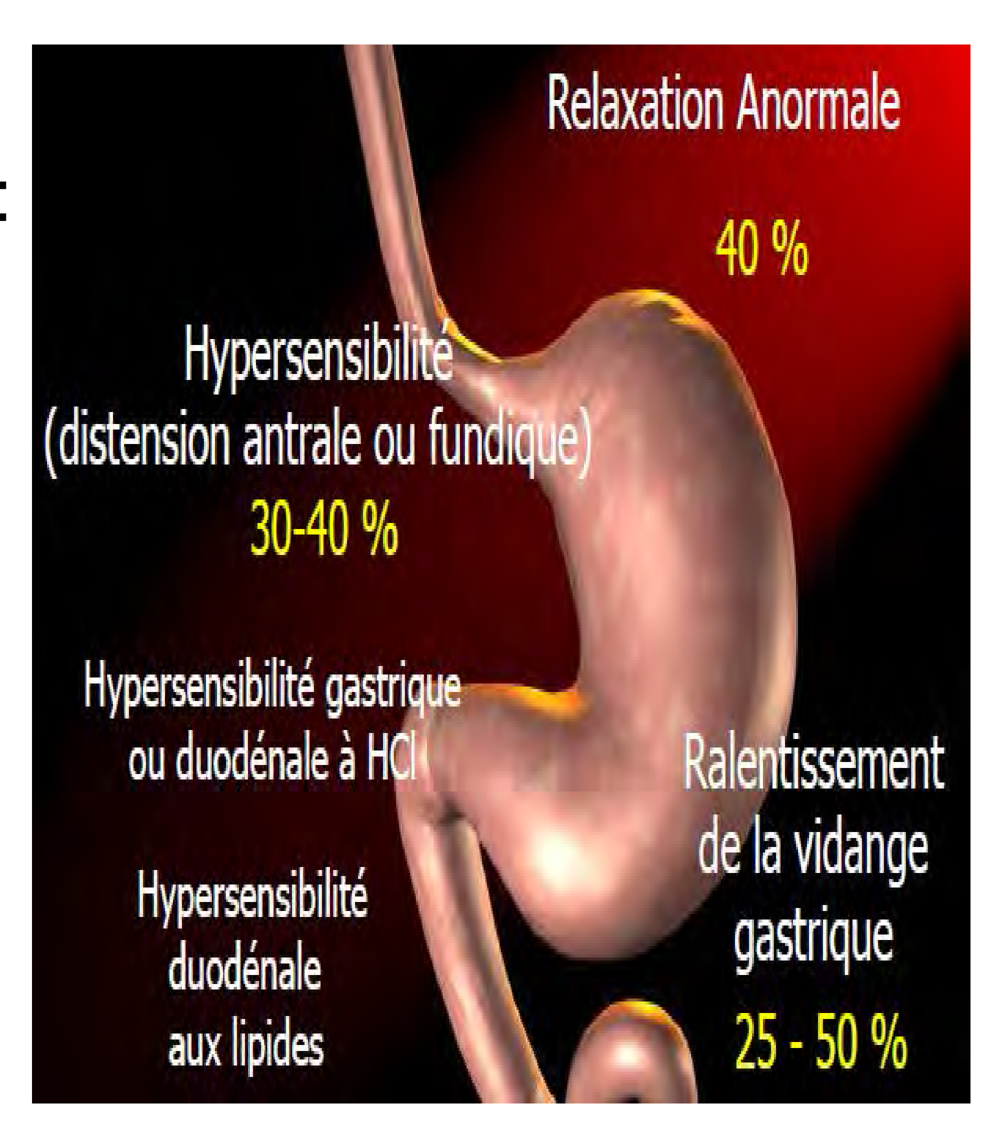
- Ces anomalies ne sont ni spécifiques , ni constantes ,
- Mauvaise corrélation avec les symptômes
- Efficacité inconstantes des thérapeutiques

Physiopathologie:

- **Anomalies sensitives :**

Hypersensibilité viscérale :

- Phénomène diffus à tout le tube digestif ;
- Impliqué dans la génèse des symptômes « douleurs…»
- Son mécanisme est inconnu



Physiopathologie:

- **Concept post infectieux ou inflammatoire:**

- Des cas de DF post gastro-entérite
- Biopsies duodénales et gastriques :
  persistance d'agrégats de LT , macrophages et une diminution des CD4 → état inflammatoire de bas grade

- Les médiateurs de l'inflammation libérés par ces cellules activées pourrait stimuler les afférence sensitives et expliquer l'hypersensibilité viscérale

Physiopathologie:

- **Facteurs hormonaux:**

- Rôle de la CCK dans l'accentuation des symptômes , réduits par les antagonistes des récepteurs de CCK et atropine ;

- Tx élevés de CCK à jeun et en post prandial

- Action motrice et dans la sensibilité digestive

- Interactions avec le centre de la satiété
- Autres : peptide YY

Physiopathologie:

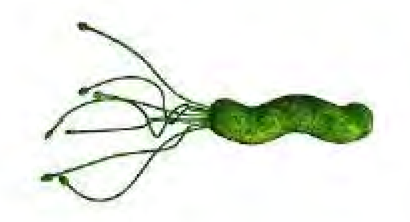
- **Facteurs psychosociaux :**

- Les patients dyspeptiques ont des scores élevés d'anxiété et de dépression ;

- Le stress psychologique exacerbe les symptômes ,affecte la perception de la maladie et est responsable d'une détérioration significative de la qualité de vie ;

- C'est facteur important de demande de soins et/ou d'exploration .

Physiopathologie:



- **Rôle de l'infection HP: controversée ?**

Prévalence de l'infection HP

- Sujets dyspeptiques : 50 - 60 %

- Population générale : 20- 30 %

Les études les plus récentes montrent un rôle modeste mais une réduction des symptômes et une diminution du recours aux soins.

Physiopathologie:

- **Concept actuel:**
- Dysfonctionnement de l'axe cerveau – intestin (base physiopath commune à tout les troubles fonctionnels digestifs)
- 2modéles ont été proposés selon l'origine centrale ou périphérique des anomalies



Un modèle complexe

Modèle périphérique

Modèle central

Dysfonctionnement des voies afférentes

Voies effrentes

SNC

Anomalie primaire :
Facteurs psychosociaux

Nucleus of tractus solitarius

Visceral afferent neurons

TNF
IL-10
IL-1β
PBMC

Efferent vagal motor neurons

Impliquant cytokines & NM

Systemic cellular immune activation

Altered sensitivity to duodenal acid/lipid

- Delayed gastric emptying
- Impaired gastric accommodation
- Gastric hypersensitivity to distension

Impaired barrier function

Low-grade inflammation

Anomalies sensitivo-motrices

Eosinophil
Macrophage
T cell

1 7 1 6 6 7 3 2 4 5

Anomalie primaire : gastrique

anomalies sensitivo-motrices
engendrées par un facteur local (iHP, inflammation …)

Physiopathologie:

Corrélation entre clinique et anomalies physiopathologiques

Anomalie physiopathologique	Symptôme prédominant
Défaut d'accommodation	Satiété précoce (90 %) Perte de poids (75 %)
Vidange Gastrique ralentie	Plénitude post-prandiale Vomissements
Hypersensibilité À la distension	Eructations Douleurs épigastriques post prandiales Amaigrissement
Sensibilité gastrique ou duodénale à l'acide	Ballonnement épigastrique Nausées Satiété précoce
Sensibilité duodénale aux lipides	Ballonnement épigastrique Nausées

Clinique

- **Interrogatoire:**

- Terrain :
  profil psychologique particulier
  âge , profession

- Antécédents :
  - MUBD
  - Prise médicamenteuse gastro-toxique
  - Lésions prénéoplasique ou néoplasique
  - Maladie générale ou métabolique
  - Habitudes alimentaires
  - Habitudes toxiques: alcool, tabac..;;;
  - Facteurs de risque familiaux ou ethnique

Clinique

Interrogatoire:

Signes fonctionnels:

- Douleur ou brulure épigastrique
- Inconfort abdominal centré sur la partie haute de l'abdomen (tension, gène ou pesanteur)
- Satiété prématurée ou sensation de plénitude gastrique post prandiale (après un repas ordinaire)

A noter le caractère non spécifique des symptômes , leur relative stabilité et uniformité chez un même malade

- Signes associées : nausées, vomissements, éructations , ballonnement abdominal ,troubles du transit (SII)

Signes d'alarme: **rechercher systématiquement**

Hémorragie digestive ,
Perte de poids de plus de 10% du pds initial
Dysphagie , odynophagie

Si positif : explorations nécessaires

Clinique

- **Examen physique:**

Richesse des symptômes & pauvreté de l'examen physique

Etat général conservé

Parfois hyperesthésie épigastrique

Absence de :masse abdominale
ADP
HMG ou SMG
pâleur cutanéomuqueuse
ictère

} signes d'alarme

Clinique

- **Examens paracliniques:**

  Ne sont pas systématique sauf si signes d'alarme

FOGD : éliminer une cause organique

Dépistage de l'infection HP par méthodes non invasives

Evaluations psychométriques

Autres investigations :

- Echographie abdominale
- Etude de la vidange gastrique
- Manométrie gastroduodénale
- PH métrie des 24 H
- Etude de la sensibilité gastroduodénale
- Dosage hormonal
- Biologie: NFS, VS, Ca+2 , Mg+2, bilan rénal

Diagnostic

Diagnostic positif : diagnostic d'exclusion

Évoqué devant :

- Age jeune
- Profil psychologique particulier
- Absence de signes d' alarme
- Caractère uniforme , ancien du tableau, relation avec les repas
- Normalité du bilan biologique
- Absence de lésion à la FOGD

Diagnostic

- **Diagnostic différentiel:**

- Dyspepsie secondaires à une pathologie organique du haut appareil digestif ou à une maladie générale:

- MUGD

- Hernie hiatale par glissement , oesophagite

- Pathologie tumorale bénigne et maligne gastroduodénale

- Rarement : affection hépatobiliaire , pancréatique et colique, états dyspeptiques secondaires à une maladie générale : diabète , hypothyroidie , amylose, Ice rénale chronique , la sclérodermie, les maladies neuromusculaires …….

-Autres troubles fonctionnels digestifs mais pas une dyspepsie :

- Intestinaux : SII, ballonnement fonctionnel

- vomissements et éructations fonctionnels

- troubles fonctionnels de la vésicule biliaire et du sphincter d'Oddi

Traitement

BUTS :

- soulager les patients
- aboutir à une meilleure tolérance de la maladie en réduisant la fqce et l'intensité des symptômes
- Améliorer la qualité de vie en permettant une vie professionnelle et personnelle aussi normale que possible

Traitement :

Moyens :

1)- Règles hygiéno-diététiques :

- Pas de régime alimentaire standardisé
- Fractionner les repas
- Manger dans le calme et à heurs fixe
- Bonne mastication des aliments
- Éviter les aliments réputés dyspeptogènes : chocolat, gras, alcool….
- Hygène de vie : sport , repos et éviter le stress

Traitement :

Moyens :

2)- traitement médical :

Antiacides: **communément prescris**

Peu efficace

Surtout antalgique

Antisécrétoires :

- **AntiH2 : Ranitidine , Cimétidine …;**
- **Inhibiteurs de la pompe à proton :omeprazole, lansoprazole….;**
  efficacité > placébo

Traitement :

Moyens :

2)- traitement médical :

Prokinétiques : stimule et régule la motricité gastrique

Métoclopramide (primpéran cp 10mg)

Dompéridone (motilium cp 10mg)

Cisapride retiré du marché

Erythromycine agoniste de la motiline 250 mg per en IV

Médicaments agissant sur les recept de la sérotonine

Serotonine = important neuromédiateur et molécule à effet paracrine au niveau du tube digestif ,libérée par les Cellules EC : actions péristaltique, sécrétoire, vasculaire et nociceptive

Andosetran (antiR 5HT3)

Tegaserod (Agoniste des R5HT4)

Sumatriptan

Traitement :

Moyens :

2)- traitement médical :

Anxiolytique : Benzodiazepines

Antidépresseurs : qui ont également une action antalgique

- les tricyclique
- Inhibiteurs de la recapture de la MAO
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (Prozac ®)

3)-Support psychologique :

Psychothérapie

Séances de relaxation

Hypnose

Traitement :

- **Indications :**

Principes du traitement de la DF:

- **Etablir une forte et bonne relation médecin_–malade**
- **Rassurer le patient**
- **Eviter de multiplier les consultations et les explorations et de se laisser déborder par le patient**

Traitement :

- **Indications** : 03 cas de figure :
- **Symptômes de faible intensité , non invalidants :**

RHD

TRT empirique :anti sécrétoires si douleurs épigastriques

et prokinétique si sd de détresse post prandiale ou association des 2

durée du traitement (4-6 semaines), si pas de réponse , envisager une FOGD

Traitement :

- **Indications** : 03 cas de figure

Symptômes de moyenne intensité , mal tolérés et altérant la qualité de vie :

- RHD et hygiène de vie indispensables

- Tenter un TRT de 1ère ligne : antisecrétoire +/- prokinétique

- TRT à visée psychologique (AD) trouve son indication.

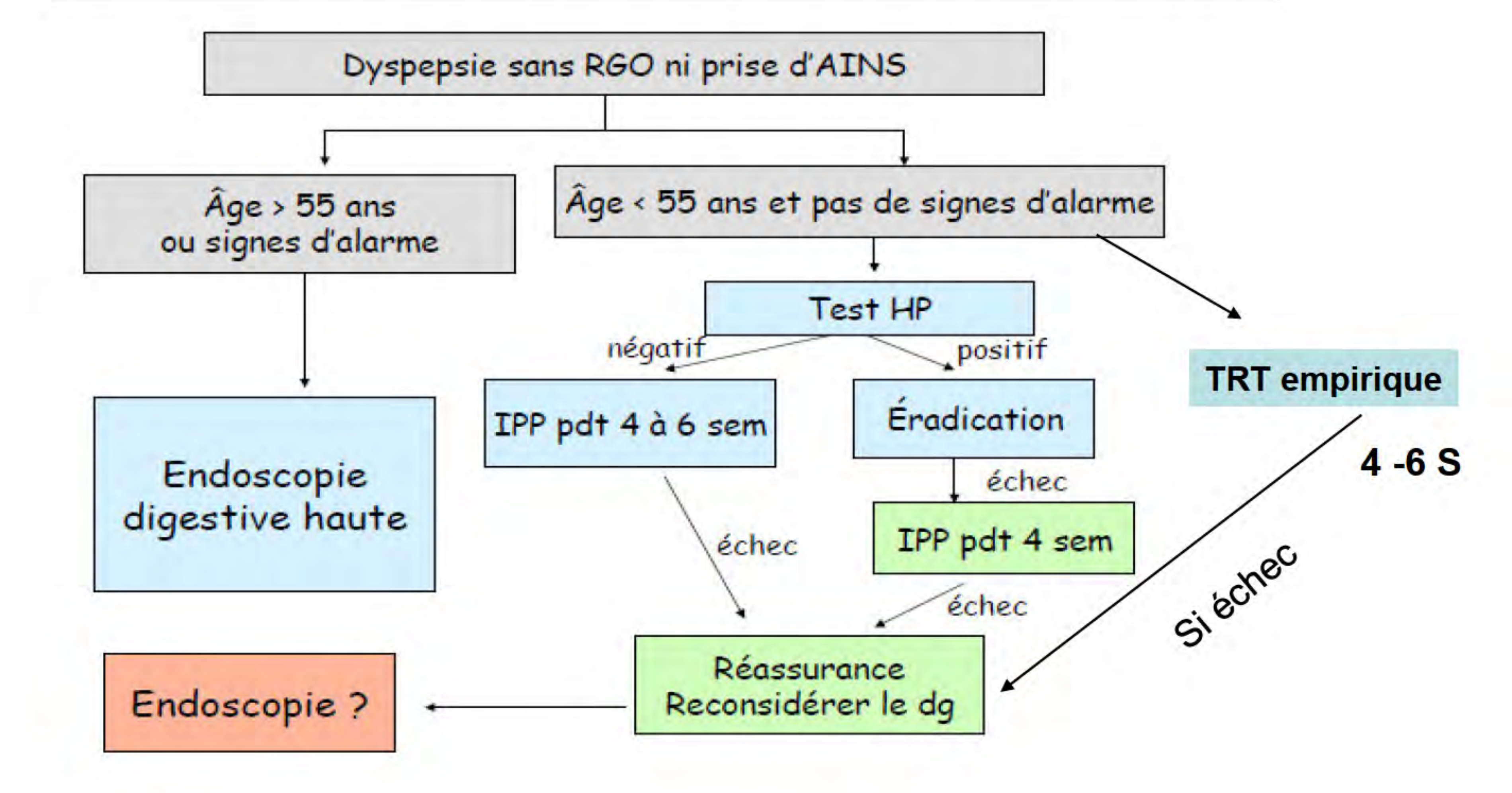
Symptômes sévères , récidivants avec une altération de la qualité de vie & perturbations psychiques :

- hospitalisation

- explorations poussées (manométrie , études isotopique de la VG…;;) , pour confirmer le caractère fonctionnel ;

- collaboration d'un psychiatre + antidepresseurs (longue durée)

Stratégies diagnostiques DF



Conclusion :

- La dyspepsie fonctionnel est un motif de consultation fréquent en gastroentérologie ;
- Physiopathologie complexe demeure incomplètement connue
- La prise en charge des patients souffrant de DF , constitue un véritable challenge pour le clinicien en soulignant l'importance du volet psychologique .